

## 歩行器交付意見書（書面判定用）

本人	氏名		性別	男 女	生年月日	大正、昭和、平成 年 月 日
	住所				電話番号	
障害名					等級	種 級
身体状況	(障害の状況及び歩行器を必要とする理由)					
歩行器の種類	<必要なものいずれかに○印>  四輪型（腰掛け付き）      （前二輪、後二輪の四輪車とし、前輪を自在輪とする。） 四輪型（腰掛けなし）      （同上） 三輪型                              （前一輪、後二輪の三輪車とし、前輪を自在輪とする。） 二輪型                              （前二輪、後固定式の脚を有する。） 固定型                              （四脚を有し、使用時に持ち上げて移動させるもの。） 交互型                              （四脚を有し、両二脚を交互に移動させるもの。）					
上記のとおり診断する。  平成      年      月      日  <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">                     医療機関の住所                      電話番号                      医療機関の名称                      15条指定医氏名                 </div> <div style="text-align: right;">                     印                 </div> </div>						

※ 状況により、身体障害者相談センターへの来所が必要な場合があります。

※ ご不明な点がありましたら、宮崎県身体障害者相談センター（☎0985-29-2556）までお問い合わせ下さい。